

A betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra változása a hazai akkreditációs programot tesztelő intézményekben

Lám Judit dr.¹ ■ Merész Gergő^{1, 2} ■ Bakacsi Gyula dr.¹ ■ Belicza Éva dr.¹
Surján Cecília^{1, 2} ■ Takács Erika dr.¹

Semmelweis Egyetem, ¹Egészségügyi Menedzserképző Központ, ²Doktori Iskola, Budapest

Bevezetés: Magyarországon 2012-ben indult az egészségügyi ellátószervezetek akkreditációs programjának fejlesztése, amelynek célja az egészségügyi ellátás biztonságának növelése, eredményességének, hatékonyságának javítása. **Célkitűzés:** A vizsgálat célja az akkreditációs standardok hatására történő szervezeti változások felmérése a projekt tesztelésében részt vevő intézményekben. **Módszer:** Hét önkéntes intézményben vizsgálták a szervezeti kultúra változását nemzetközileg validált kérdőív segítségével. A vizsgálatot két körben, az akkreditációs program bevezetésének kezdete előtt és egy évvel később, standardok megismerése, gyakorlatba ültetésének elkezdése után végezték el. A kérdőíveket leíró statisztikai elemzésekkel és logisztikus regressziós modellekkel vizsgálták. **Eredmények:** A kórházak körében szignifikáns ($p < 0,05$) pozitív változást mutattak a szervezeti tanulás, folyamatos fejlődés, a nyílt kommunikáció és a csapatmunka a szervezeti egységben dimenziók, az önálló járóbeteg-szakrendelők körében pedig az általános felfogás a betegbiztonságról és a betegbiztonság szervezeti egységen belüli észlelése dimenziók. **Következtetések:** A vizsgált intézményekben a szervezeti kultúra még fejlesztésre szorul, de az észlelt pozitív változások a betegbiztonságot elősegítő irányba mutatnak. Orv. Hetil., 2016, 157(42), 1667–1673.

Kulcsszavak: betegbiztonság, betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra, szervezeti kultúra, akkreditáció

Changing of the patient safety culture in the pilot institutes of the Hungarian accreditation program

Introduction: The accreditation system for health care providers was developed in Hungary aiming to increase safety, efficiency, and efficacy of care and optimise its organisational operation. **Aim:** The aim of this study was to assess changes of organisational culture in pilot institutes of the accreditation program. **Method:** 7 volunteer pilot institutes using an internationally validated questionnaire were included. The impact study was performed in 2 rounds: the first before the introduction of the accreditation program, and the second a year later, when the standards were already known. Data were analysed using descriptive statistics and logistic regression models. **Results:** Statistically significant ($p < 0.05$) positive changes were detected in hospitals in three dimensions: organisational learning – continuous improvement, communication openness, teamwork within the unit while in outpatient clinics: overall perceptions of patient safety, and patient safety within the unit. **Conclusions:** Organisational culture in the observed institutes needs improvement, but positive changes already point to a safer care.

Keywords: patient safety, safety culture, organizational culture, accreditation

Lám, J., Merész, G., Bakacsi, Gy., Belicza, É., Surján, C., Takács, E. [Changing of the patient safety culture in the pilot institutes of the Hungarian accreditation program]. Orv. Hetil., 2016, 157(42), 1667–1673.

(Beérkezett: 2016. július 8.; elfogadva: 2016. augusztus 10.)

Rövidítések

AHRQ = Agency for Health Care Research and Quality;
BELLA = BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos beteg-

látásért; HSOPSC = Hospital Survey on Patient Safety Culture
(kórházi betegbiztonsági kultúra felmérés); PDCA = Plan–Do–
Check–Act (tervezés–cselekvés–ellenőrzés–visszacsatolás)

Magyarországon a betegellátás biztonságának javítása érdekében 2012-ben indult átfogó program európai uniós források bevonásával. A BELLA (BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért) elnevezésű rendszer célja az egészségügyi ellátás biztonságának növelése, az ellátás eredményességének és hatékonyságának javítása, a szervezeti működés áttekintése és fejlesztése és mindezek érdekében a szervezeti kultúra befolyásolása a betegbiztonság irányában.

A program kidolgozási fázisának második évében, 2014 folyamán 10 intézményben teszteltük a rendszer alapját képező szabályozókat: az elkészült BELLA-standardokat. A pilot program keretében a gyakorlati alkalmazásra való felkészítés intézménytípustól függetlenül egységes módszertan alapján zajlott oktatások és konzultációk segítségével. A képzések során létrehozott belső koordinátori rendszer biztosította azt, hogy minden, a standardokban érintett munkatárs megértse saját felelősségét és feladatát, és a szükséges változások megvalósulhassanak. A standardok szerinti működés kialakítását az intézményekben belső munkatársakból álló teamek végezték, amelyekben különböző szervezeti egységben dolgozó, különböző munkakörű kollégák munkálkodtak közösen.

Már a projekt tervezésekor felmerült az igény, hogy felmérjük az akkreditációs programmal elért eredményeket annak érdekében, hogy ezek figyelembevételével születhessenek a további fejlesztések, egészségpolitikai döntések. Az első hatásvizsgálati kutatást, amely az akkreditációs standardok hatására történő szervezeti kultúráváltozások felmérését tűzte ki célul, munkacsoportunk az erre önként jelentkező 7, a pilot projektben részt vevő intézmény bevonásával indította el.

Szervezeti kultúra alatt az egy szervezetben dolgozók „közösén értelmezett előfeltevéseinek, értékeinek, meggyőződéseinek és hiedelmeinek rendszerét” értjük [1]. A szervezeti kultúra jelentősen befolyásolja a szervezet tagjainak viselkedését, hiszen az egy szervezeti kultúrához tartozók az így kialakult közös gondolkodási keretet és értékrendet érvényesnek fogadják el, követik és a szervezet új tagjai számára is átadják úgy, mint a problémák megoldásának lehetséges mintáit, és mint kívánatos gondolkodás- és magatartásmódot [1].

A szervezetek bármely típusára igaz, hogy a működésük során fellépő veszélyek és kockázatok felismerésének és azok eredményes kezelésének kedvez, ha a szervezetben biztonságot támogató szervezeti kultúrát sikerül kialakítani és fenntartani. Egészségügyi intézményekre értelmezve mindez a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra jelenlétét feltételezi. A legismertebb definíció szerint a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra a szervezet általános kultúrájának egy specifikus aspektusa: az egyéni és csoportértékek, attitűdök, felfogások, viselkedési minták és kompetenciák összessége, amelyek meghatározzák egy szervezetben a betegbiztonságot támogató intézkedésekhez kapcsolódó viszonyrendszert és szakértelmet [2]. A betegbiztonságot támo-

gató szervezeti kultúrájú intézmények a kölcsönös bizalmon alapuló kommunikációval, a biztonság jelentőségét elismerő közös gondolkodásmóddal és az eredményesen alkalmazott megelőző intézkedésekkel jellemezhetők [3]. Az ilyen intézményekben a munkatársak szóvá teszik a kockázatos szituációkat és magatartásformákat, követik a biztonságos működés szempontjából kritikus szabályokat, és a működés biztonságosságát helyezik előtérbe a kibocsátás volumenével szemben [4]. Egy betegbiztonság javítását célul kitűző egészségügyi szolgáltató számára fontos ismerni a szervezeten belül kialakult betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra aktuális jellemzőit és meghatározni a szervezeti kultúra azon területeit, amelyek fejlesztése a kívánt eredmény eléréséhez szükségesek [2].

A szervezeti kultúra általános dimenzióinak mérésére számos kérdőívet fejlesztettek és alkalmaznak az egészségügyi szervezetekben [5]. A betegbiztonság és szervezeti kultúra kapcsolatának felismerése segítette elő a speciális, a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra kvantitatív értékelésére alkalmas kérdőívek kialakítását és alkalmazását [6].

Jelen közleményünk célja az akkreditációs pilot projekt hatására bekövetkező szervezetikultúra-változások első eredményeinek bemutatása, értelmezése.

Módszer

Hatásvizsgálatunk keretében a kutatásban résztvevő vállalat hét vizsgálati helyszínen, négy kórházban és három önálló szakrendelőben mértük a szervezeti kultúra változását a HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture, kórházi betegbiztonsági kultúra felmérés) [7] kérdőív segítségével, amelyet az AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality) fejlesztett [6]. A kérdőívet számos kutatási programban alkalmazzák a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra felmérésére, időbeli alakulásának követésére, különböző országokban végzett szervezetikultúra-kutatások eredményeinek összevetésére [8]. A kérdőív 12 dimenzióba rendezhető 42 kérdés segítségével méri fel a kórházi személyzet attitűdjét és véleményét a betegbiztonsággal, -ellátással összefüggő hibákkal és jelentési tevékenységgel kapcsolatban. A kérdések zöménél a válaszok ötfokozatú skálák segítségével, a megfelelő érték jelölésével kerülnek megadásra. A kérdőív két kimeneti mutatóra is rákérdez, így a betegbiztonság általános helyzetének megítélésére a válaszadó szervezeti egységben, valamint az elmúlt 12 hónapban jelentett események számára. Néhány háttéradat megadását is kéri a válaszadóktól, például a munkakört és a szervezetben eltöltött időt [7, 9].

Az angol nyelvű kérdőívet két szakértőnk fordította le magyarra egymástól függetlenül. A fordításokat két további szakértő bevonásával vetették össze, a végleges változat konszenzus alapján született. A magyar nyelvű kérdőívet egészségügyben dolgozókkal teszteltük érthetőség, egyértelműség szempontjából, ezek alapján nyerte

el minimális bővítésekkel a kérdőív a végleges formáját. Az eredetileg kórházakra kifejlesztett kérdőívet járóbeteg-szakrendelőkre is adaptáltuk az átadások és átmene-tek dimenzió csak fekvőbeteg-ellátásban értelmezhető négy kérdésének átfogalmazásával.

A kérdőívek kitöltése két körben, azonos módszerekkel zajlott. Az első kör során, 2014 tavaszán az akkredita- ciós pilot projekt indulása előtti megbízottsági szer- vezeti kultúrát vizsgáltuk. Az ismételt felmérést („második kör”) a felkészítési időszak lezárását követően 2015 tavaszán végeztük. A felmérésbe a hatásvizsgálat- ban részt vevő szervezetek minden dolgozóját bevontuk. A kitöltés önkéntes és anonim volt. Az összegyűlt vála- szokat MS Excel állományba rögzítettük, az adatbevitel minőségét ellenőriztük és elvégeztük a szükséges adat- tisztítást. A hiányzó vagy nem egyértelmű válaszokat tar- talmazó kérdőíveket az adott dimenzió elemzésekor nem vettük figyelembe. A kérdőívek feldolgozását két csoportban, külön a kórházakra és külön a járóbeteg- szakrendelőkre vonatkozóan végeztük.

A kérdésekből 12 dimenziót hoztunk létre a kérdőív- hez kapcsolódó útmutató [9] alapján. A dimenziókat jel- lemző dichotóm (0 vagy 1 értékű) változókat határoz- tunk meg. Értéke 1, ha a dimenzióhoz tartozó kérdésekre adott válaszok mindegyike a két legked- vezőbb skálaértéket vette fel az ötfokozatú skálán [9]. A szervezeti kultúrára vonatkozó további két kérdést is dichotóm változókká alakítottuk, így a megbízottság értékelését az ötfokozatú skálán a dimenziókhoz hasonló módon kódoltuk. A jelentett nem várt események szá- mára vonatkozó kérdésnél a változó 1-es értéket vett fel, ha a válaszadó jelentett legalább egy eseményt, 0-át pe- dig, ha egyet sem. Az így kialakított 14 dimenziót vagy kérdést jellemző változók 1-es értékének aránya adja a megbízottság szempontjából pozitív válaszok arányát.

A szervezeti kultúrát jellemző 12 dimenziót és a to- vábbi kettő, egy-egy kérdésből álló változót a nyers mu- tatók meghatározása mellett logisztikus regressziós mo- dellekkel elemeztük. A függő változó az adott dimenziót jellemző dichotóm változó, a beemelt független váto- zók: a kérdés köre (első vagy második), a válaszadó kora, neme, intézménye, munkaköre, szervezeti egysé- gének típusa, pozíciója a szervezeti hierarchiában, mióta dolgozik az intézményben és heti hány órában. A máso- dik körre történő változást a logisztikus regressziós mo- dellekkel becsült esélyhányadossal értékeltük.

Az adatok elemzését az IBM SPSS statisztikai szoftver 22-es verziójával végeztük el. Szignifikanciaszintként a $p < 0,05$ értéket választottuk.

Eredmények

Összesen 5639 kérdőívet osztottunk ki. A kitöltési arány az első körben 54–56%, a másodikban 46–49% volt (1. táblázat). A kérdőívet kitöltők főbb jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat | A két kitöltési kör általános jellemzői

	Kórházak		Önálló járóbeteg- szakrendelők	
	Kérdező kör		Kérdező kör	
	Első	Második	Első	Második
Kiosztott kérdőívek száma	2217	2296	569	557
Válaszadási arány (%)	56	49	54	46
Nők aránya (%)	76,4	77,8	85,4	86,5
Életkor >40 év (%)	59,1	55,2	80,4	78,1
A szervezetben eltöltött idő <6 év (%)	41,3	40	36,7	38,7
A szervezetben eltöltött idő >20 év (%)	18,3	16,6	18,5	19,5
A szervezetben heti 40–59 órát dolgozók (%)	69,8	69,5	52,9	50,6
Ápolók/asszisztensek aránya (%)	48,4	51,7	43,5	47,4
Vezető beosztásúak aránya (%)	18,8	16,5	27,3	28,0

A kiinduló felmérési körben a kórházak esetében egyetlen dimenzióval sem haladta meg a pozitív válaszok aránya az 50%-ot (2. táblázat). A pozitív válaszok aránya a csapatmunka a szervezeti egységben és a megbízottság osztályozása dimenzióknál 40 és 50% között volt, amelyek a nyers adatok alapján enyhén növekedtek is a második körös felmérésre. A nyers adatok alapján párszá- zalékos emelkedés volt a pozitív válaszok arányában még a szervezeti tanulás, folyamatos fejlődés, a visszajelzések és kommunikáció a hibákról, valamint a nyílt kommuni- káció dimenziókban. Az utóbbi dimenzióról még fontos megjegyezni, hogy a legalacsonyabbak között volt a po- zitív válaszok aránya, 11,3%-ról emelkedett 14,9%-ra. A dimenziók közül egy esetben, a felső vezetés támoga- tása megbízottsági kérdésekben dimenziót jellemző változó esetében volt tapasztalható gyenge negatív el- mozdulás.

A két felmérésnél a válaszadók összetételében mutat- kozó különbségek kiküszöbölésére alkalmazott több- változós logisztikus regresszió eredményei, a dimen- ziónként meghatározott esélyhányadosok és konfiden- ciaintervallumaik láthatóak a kórházak esetében az 1. ábrán. Az első és második körös felmérés között a po- zitív válaszok arányának növekedése statisztikailag szigni- fikáns ($p < 0,05$) volt a szervezeti tanulás, folyamatos fejlő- dés, a nyílt kommunikáció, valamint a csapatmunka a szervezeti egységben dimenziókban. A pozitív válaszok arányának csökkenését mutató dimenzióban nem volt statisztikailag szignifikáns az elmozdulás.

Az önálló járóbeteg-szakrendelőknél a kórházaktól el- térően már az első körös felmérésben több dimenzió ese- tében is meghaladta a pozitív válaszok aránya az 50%-ot (2. táblázat). Ugyanakkor a nyílt kommunikáció dimen-

2. táblázat | A pozitív válaszok aránya dimenzióként és intézménytípusonként, nyers mutatók

Pozitív válaszok aránya				
Dimenziók (a dimenziókon belüli kérdések száma)	Kórházak		Önálló járóbetegszakrendelő	
	Első kör	Második kör	Első kör	Második kör
Csapatmunka szervezeti egységen belül (4)	41,3%	45,3%	68,7%	74,8%
Felettesek megbízottságot támogató elvárásai és cselekedetei (4)	28,8%	29,9%	43,3%	44,5%
Szervezeti tanulás, folyamatos fejlesztés (3)	28,5%	33,0%	43,0%	44,1%
Menedzsment támogatása a megbízottsághoz (3)	31,7%	28,8%	73,8%	77,2%
A megbízottság általános észlelése (4)	19,4%	20,9%	44,6%	49,8%
Hibákkal kapcsolatos visszajelzés és kommunikáció (3)	33,3%	36,6%	56,2%	57,3%
Kommunikáció nyíltsága (3)	11,3%	14,9%	11,3%	18,3%
Események jelentésének gyakorisága (3)	47,8%	47,5%	46,7%	51,2%
Csapatmunka szervezeti egységek között (4)	16,7%	17,3%	48,4%	48,6%
Személlyel való ellátottság (4)	3,5%	2,8%	14,0%	10,1%
Betegátadás és -áthelyezés (4)	16,0%	15,0%	38,8%	43,4%
Nem büntető reagálás a hibákra (3)	10,4%	10,2%	15,8%	20,6%
A megbízottság értékelése a szervezeti egységben (1)	44,2%	48,1%	72,3%	79,5%
Események jelentése (1)	25,6%	24,1%	12,1%	11,9%

Fogalomjegyzék

Fogalom	Meghatározás
Nemkívánatos esemény	Az ellátás nyújtásához köthető, az elvégzett vagy elmaradt tevékenység következtében fellépő betegkárosodás és nem a betegségből eredő komplikáció.
Egészségügyi szolgáltatók akkreditációja	Az adott ellátási formára specifikus standardok szerinti működés elismerése, amely az egészségügyi szolgáltatók önértékelésén és külső kollegiális felülvizsgálatán keresztül valósul meg.
Akkreditációs standard	Az egészségügyi szolgáltató betegellátással kapcsolatos, napi működését leíró szabályozó.
Majdnem hiba (near miss)	Súlyos hiba vagy botlás, ami potenciálisan nemkívánatos eseményt okozhat, de ez véletlenül vagy mert időben észreveszik, nem következik be. Másik néven potenciális nemkívánatos eseménynek is hívják.
Leadership	A leadershipet a vezetői tevékenység egy olyan elemeként határozhatjuk meg, amely – a szervezeti erőforrások közül kitüntetetten az emberi erőforrással foglalkozik (a vezető és beosztottjai közötti kapcsolat módjára keresi a választ); – annak a képességét jelenti, hogy hogyan tudja a vezető a szervezet tagjait a szervezeti célok megvalósítására befolyásolni, mozgósítani. A leadership lényege tehát az egyéni motivációkból eredeztethető személyes célok és a szervezeti célok összekapcsolása. Az egyik a másiknak feltétele, az egyik célélérés nem mehet a másik cél rovására.
PDCA-ciklus	4 egymást követő fázisból (Plan–Do–Check–Act) felépülő, ismétlődő ciklus, amely a folyamatos minőségfejlesztés alapmodellje.
Betegátadás	Szakmai felelősség és számonkérhetőség átadása az ellátás egy vagy több aspektusában, egy betegre vagy betegcsoportra vonatkozóan, egy másik személynek vagy szakemberek csoportjának, ideiglenesen vagy véglegesen.

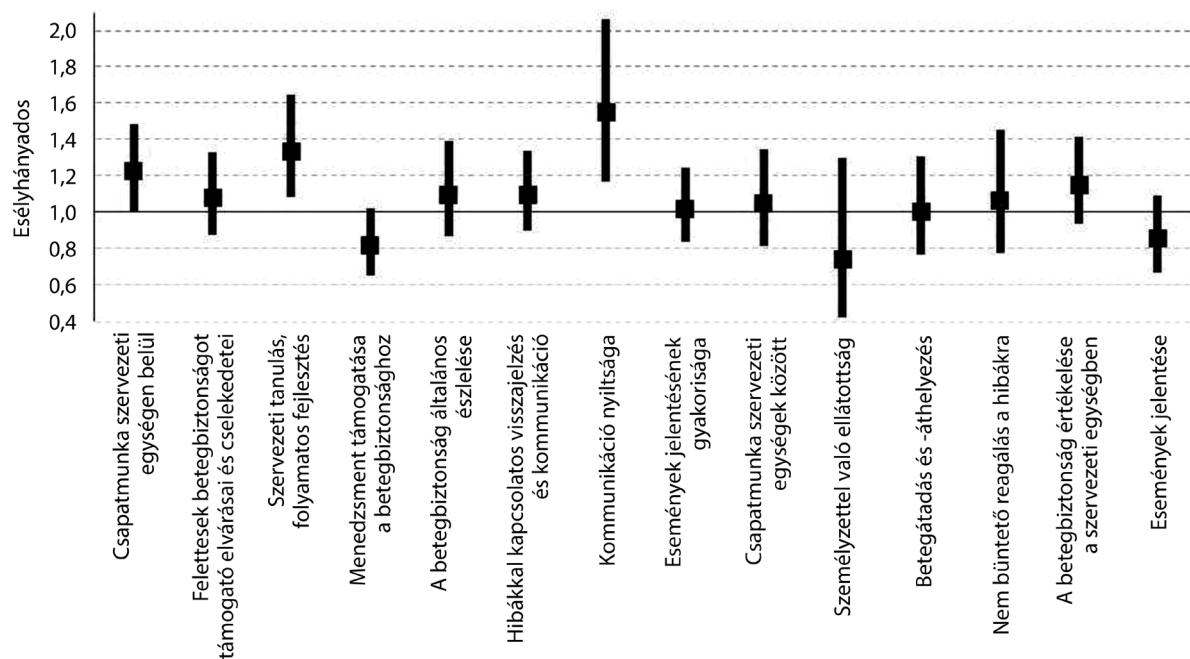
zióban a kórházakéhoz hasonló nagyon alacsony arány figyelhető meg. A 14 dimenzió közül 8 esetében volt tapasztalható enyhe növekedés a pozitív válaszok arányában, azaz ezeknél az intézményeknél még szembetűnőbb az egyéves pilot projekt időszakában a változás iránya. Egyedül a személyzettel való ellátottság dimenzióban adott pozitív válaszok aránya csökkent jelentősebben, pár százalékkal.

Az önálló járóbeteg-szakrendelőknél a többváltozós logisztikus regresszió alapján (2. ábra) szignifikáns pozitív változás volt az általános felfogás a megbízottságról

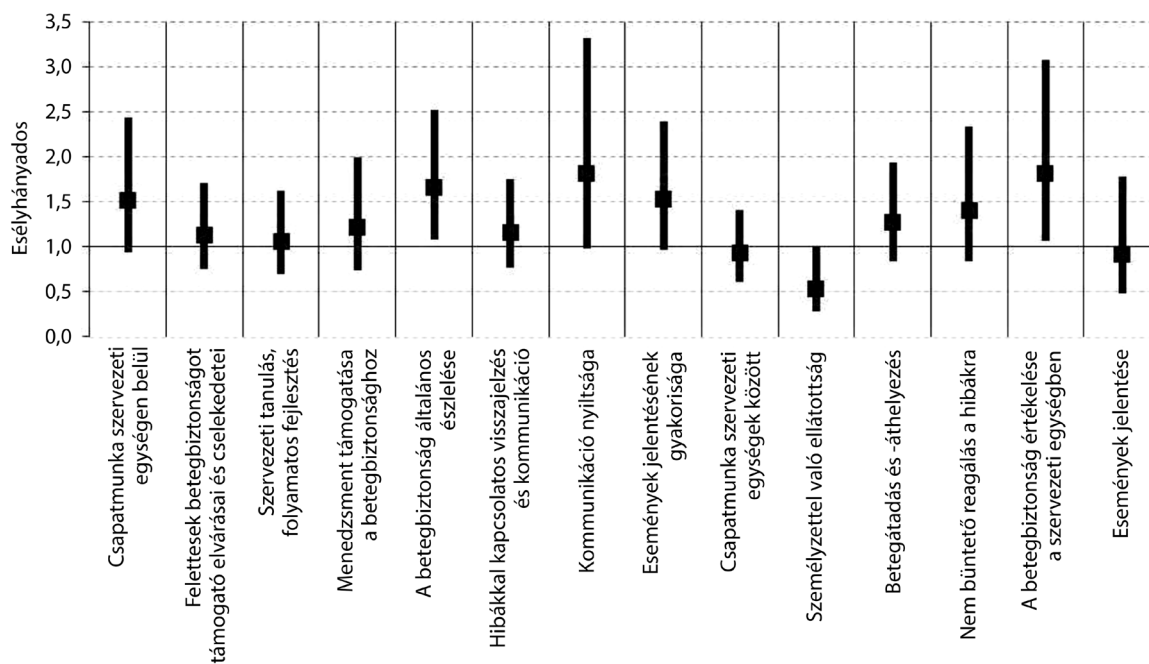
és a megbízottság szervezeti egységen belüli észlelése dimenziók megítélésében. A pozitív válaszok arányának csökkenését mutató dimenzióban nem volt statisztikailag szignifikáns a változás.

Megbeszélés

Eredményeink szerint a megbízottságot támogató szervezeti kultúra a kutatásban részt vevő intézményekben még gyenge, fejlesztésre szorul. A szakirodalom alapján az egyes dimenziókra adott válaszokból képzett



1. ábra | A szervezeti kultúra dimenziókat jellemző változók esélyhányadosai (és 95%-os CI) a kórházak esetében



2. ábra | A szervezeti kultúra dimenziókat jellemző változók esélyhányadosai (és 95%-os CI) az önálló járóbeteg-szakrendelők esetében

mutatók értékei nemzetközi összehasonlításban alacsonynak tekinthetők. Azon dimenziók, amelyek esetében a pozitív válaszok aránya 50% alatti, fejlesztendő területnek minősülnek [10].

Az akkreditációs program elindulását követően megbízottságot támogató szervezeti kultúra kulcstényezőinek megfeleltethető dimenziók közül több megítélése is mindkét intézménytípus esetében pozitív irányba mozdult el, így: a csapatmunka a szervezeti egységben, szervezeti tanulás és folyamatos fejlődés, az általános felfogás

a megbízottságról szervezeti egységen belül, valamint a nyílt kommunikáció.

A csapatmunka és a megbízottság összefüggéseinek feltárására több kutatás is irányult. *Manser* szisztematikus irodalomlemezésen alapuló áttekintésében rámutatott, hogy a kommunikációs zavarok és a csapatmunkával kapcsolatos kérdések a nemkívánatos események hátterében azonosítható leggyakoribb hozzájáruló tényezők [11]. A csapaton belüli kommunikációs problémák és feszültségek az ellátás folyamán késéseket, eljárási, keze-

lési hibákat okozhatnak. Kutatások hívják fel azonban a figyelmet arra, hogy az ellátók sok esetben nem ismerik fel a csapatmunka jelentőségét az ellátás menete során [11]. Bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a csapatmunka és a kommunikáció fejlesztése nemcsak a csapatmunkával kapcsolatos tudatosságot fokozza, hanem a kialakuló hibák számának csökkenéséhez is hozzájárul [11, 12]. Az akkreditációs pilot során több területről érkező, többféle munkakörbe tartozó munkatárs dolgozott együtt a folyamatok áttekintésében, a változtatási pontok azonosításában és a változások bevezetésében egy csapatként. Az oktatások során többször szóltunk a csapatmunka jelentőségéről, előnyeiről és a kapcsolódó szabályokról. Véleményünk szerint ezek a tényezők is hozzájárulhattak a dimenzió kimutatható javulásához.

A kommunikáció nyíltsága szintén a betegbiztonságot támogató kultúra egyik alapköve. A biztonságos szervezet megteremthetősége ugyanis jelentős részben múlik azon, hogy a betegellátásban közvetlenül érintett munkatársak meg tudják-e beszélni, vitatni egymás között a nemkívánatos eseményeket, majdnem hibákat vagy a nem biztonságos körülményeket, gyakorlatokat. Azokban a szervezeti kultúrákban, ahol egy nemkívánatos esemény megtörténte után a háttérben meghúzódó okok helyett a felelősöket keresik, természetes, hogy a munkatársak a hibákról a büntetéstől való félelem okán nem beszélnek, még akkor sem, ha a nem biztonságos gyakorlatnak nem volt következménye [13]. Mindez hátráltatja a problémák valós okainak megtalálását, azok megszüntetését, és a hasonló okokból fakadó nemkívánatos események potenciális elhárításának lehetőségét. Az őszinte, nyílt kommunikációt nehezíti az egészségügyi szervezetekre jellemző, erősen hierarchikus viszonyrendszer, amelyben a fiatalabb vagy alacsonyabb beosztású kollégák sokszor nem kommunikálják az általuk érzékelt problémákat, mert félnek, hogy inkompetensnek tűnhetnek, megalázzhatják, leszidhatják őket [14]. *Reader* közleményében kifejti, hogy a nyílt kommunikáció hozzájárul a betegellátás céljainak megértéséhez, megvalósításához. Ilyen környezetben a munkatársak bátrabban kérdeznak és mondják el véleményüket. A biztonságos légkör, leadership, csapatmunka, protokollok alkalmazása, a hierarchiaszinteken átívelő őszinte kommunikáció elősegíti a biztonságos ellátást [14].

A BELLA-standardokban a menedzsmenttel foglalkozó standardcsoportban megjelenik a nyílt kommunikáció elvárása a betegellátás biztonságával összefüggő problémák kezelésével kapcsolatban. A standard a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra alapjaira is hatni kíván, mivel megfogalmazza, hogy „*az egyszemélyi felelős keresése és büntetése helyett a hibák alapvető okainak feltárását, a hibákból való tanulást*” szükséges előtérbe helyezni [15]. A felkészítő programokban – mind a tanácsadások, mind az oktatások során – nagy hangsúlyt fektettünk az őszinte kommunikáció és nem büntető légkör szerepének hangsúlyozására.

A hibákat és a kockázatokat azonban nem csak felismerni és megbeszélni kell, hanem ahhoz, hogy a későbbiekben meg lehessen őket előzni, egyéni és szervezeti szinten is le kell vonni a megfelelő tanulságokat és be kell vezetni a szükséges változásokat. A tanuló szervezetekben ismerik és alkalmazzák a hibákból való tanulás módszereit, értékelik a folyamatokat és eredményeket, és szükség szerint módosítják azokat, megosztják az intézményben való jó gyakorlatokat, elismerik a jó teljesítményeket [16]. Ezért is bír nagy jelentőséggel a szervezeti tanulás képességével összefüggő dimenzió javulása.

A pilot időszak alatt az oktatásokon részt vevők megismerték az oki kutatás módszertanát, illetve a standardok által szabályozott folyamatokhoz kapcsolódóan áttekintették az intézményi gyakorlatokat és azonosították azokat a pontokat, amelyek módosítást igényelnek. A módosítások bevezetése további, szervezeten belüli oktatásokkal jár, amely során a szervezet megváltoztatja a korábbi és „megtanulja” az új működését. A pilot programban részt vevő intézmények a standardokhoz kapcsolódó folyamatok során számos esetben végrehajtották ezt a tanulási folyamatot, amely a dimenzió megítélésének a 2. körben tapasztalt statisztikailag szignifikáns javulásához hozzájárulhatott.

A standardok elvárásai a PDCA-ciklus logikáját követik, amely a bevezetés után is elvárja a szabályozott folyamat rendszeres követését és szükség esetén javítását. A standardok által elvárt folyamatos fejlesztés az intézmény tanulási módszereit és a kultúra ezen dimenzióját egyre érettebbé teszi. Ezáltal a szervezet proaktivitása fokozódik, elősegítve a potenciálisan nem biztonságos gyakorlatok felismerését és azok javítását [16].

Az önálló járóbeteg-szakrendelők esetében a kórházakhoz hasonlóan javult a nyílt kommunikáció dimenzió. Szignifikánsan javultak ezenkívül még az általános felfogás a betegbiztonságról és a betegbiztonság szervezeti egységen belüli értékelése dimenziók. Ezen dimenziókban a kimutatott pozitív elmozdulás arra utalhat, hogy olyan szintű szervezeti változások indultak el a pilot időszak alatt, amelyek már a dolgozók betegbiztonsággal kapcsolatos észleléseit is pozitívan befolyásolták.

Ezek az eredmények azért különösen figyelemfelkeltők, mert ismert tény, hogy a szervezeti kultúra változása lassú folyamat, és az általunk vizsgált egyéves intervallumban még csak kisebb mértékű változtatásokra lehetett alkalma az intézményeknek.

Az intézmények körében két vizsgált dimenzió nyers eredményei mutattak mérsékelt, statisztikailag nem szignifikáns romlást. Ezek közül a személyzettel való ellátottság olyan strukturális, rendszerszintű probléma, amelyre az akkreditációs programnak sajnálatos módon nincsen hatása.

Dolgozatunkban kiemeltük a vezetés szerepét mind a szervezeti kultúra alakulásában, mind a változások bevezetésében. *Sammer* betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra cikkében így fogalmaz: „*A biztonságot támogató szervezeti kultúra az intézményi vezetéssel kezdődik.*”

Az elkötelezett vezetők jelenléte kritikus tényező a biztonságot támogató szervezeti kultúra kialakításának sikerében [16]. A szervezeti kultúra átalakítása hosszú folyamat, amelynek során a menedzsmentnek jelentős erőfeszítéseket kell tennie, hogy támogatását, a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra iránti elkötelezettségét folyamatosan érzékelték a munkatársak. A kutatások eredményei szerint a szervezeti kultúra és a betegbiztonság erősen összefüggnek [8, 15]. A nyílt, hierarchiaszinteken átívelő kommunikáció, a csapatmunka, a vezetői támogatás mind elősegíti a biztonságos ellátást. Ezért van kiemelkedő jelentősége azoknak a programoknak, módszereknek, amelyek a szervezeti kultúrát eredményesen és hosszú távon tudják befolyásolni. A betegbiztonságot javítani kívánó programok így a rövid távon ható, gyors eredményt hozó intézkedések mellett a szervezeti kultúra befolyásolását is célozzák.

A dimenziókénti pozitív válaszok arányában ugyan csak párszázalékos változások voltak a pilot időszak egy éve alatt, mégis fontos kiemelni, hogy az elmozdulás irányára alapján kedvező változás indult el a kórházak szervezeti kultúrájának egyes területein a BELLA akkreditációs standardok bevezetésének megkezdését követően. A BELLA programban részt vevő intézményekben megkezdődött egy figyelmet érdemlő folyamat, amelynek továbbfejlődésére, fenntartására megvan az esély az akkreditációs program elindulásával [17]. A szervezeti kultúra átalakulása lassú folyamat. A hatások követésére munkacsoportunk ismételt felmérések segítségével az akkreditáció és szervezeti kultúra kapcsolatának elemzését tervezi a BELLA program elindulását követően is a mélyebb összefüggések feltárása érdekében.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: L. J.: Irodalomkutatás, kérdőívfordítás, kérdőíves vizsgálat kivitelezése, információk szintetizálása, szövegezés, táblázatok szerkesztése. B. Gy.: Kérdőív-adaptáció, szakmai lektorálás, szövegezés véglegesítése. B. É.: Szakmai lektorálás, statisztikai elemzési szempontok kialakítása, szövegezés összehangolása. M. G.: Statisztikai modellépítés, eredmények számítása, szövegezés véglegesítése. S. C.: Irodalomkutatás, kérdőívfordítás, kérdőíves vizsgálat kivitelezése, szövegezés, ábrák, táblázatok szerkesztése. T. E.: Hatásvizsgálat irányítása és koordinációja, a kérdőíves felmérés koordinációja, kérdőívfordítás, kérdőíves vizsgálat kivitelezése, adatbevitel és adattisztítás irányítása, statisztikai elemzések véglegesítése, információk szintetizálása, szövegezés, ábrák, táblázatok szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzők közül B. É., L. J., S. C., T. E. a BELLA akkreditációs rendszer kialakításának és fejlesztésének aktív résztvevői. Jelen vizsgálatukat azonban nem fejlesztői, hanem kutatói nézőpontból végezték.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton fejezzük ki köszönetünket a pilot helyszínek vezetőinek a kutatásunkhoz való csatlakozásért, az intézményi kapcsolattartóinknak a kérdőíves felmérés támogatásáért, és a pilot helyszínek munkatársainak, akik a kérdőív kitöltésével hozzájárultak kutatásunkhoz, valamint Gábris Annamáriának és Gáspár Anettnek az adatok rögzítéséért.

Irodalom

- [1] Bakacsi, Gy.: The basics of organisational behaviour. [A szervezeti magatartás alapjai.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2015. [Hungarian]
- [2] Nieva, V. F., Sorra, J.: Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual. Saf. Health Care, 2003, 12(Suppl. II), ii17–ii23.
- [3] Halligan, M., Zecevic, A.: Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual. Saf., 2011, 20(4), 338–343.
- [4] Watcher, R. M.: Understanding patient safety. 2nd ed. Lange, New York, 2012.
- [5] Scott, T., Mannion, R., Davies, H. T., et al.: Implementing culture change in health care: theory and practice. Int. J. Qual. Health Care, 2003, 15(2), 111–118.
- [6] Sorra, J. S., Dyer, N.: Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC Health Serv. Res., 2010, 10, 199.
- [7] AHRQ: Hospital survey on patient safety culture: Items and dimensions. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.html>
- [8] Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? The Health Foundation, 2011. http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/does_improving_safety_culture_affect_outcomes.pdf
- [9] Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., et al.: AHRQ Hospital survey on patient safety culture: User's Guide. AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF (Replaces 04-0041). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, January 2016. <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- [10] Santiago, T. H., Turrini, R. N.: Organizational culture and climate for patient safety in intensive care units. Rev. Esc. Enferm. USP, 2015, 49(Esp.), 121–127.
- [11] Manser, T.: Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of literature. Acta Anaesthesiol. Scand., 2009, 53(2), 143–151.
- [12] Barrett, J., Gifford, C., Morey, J., et al.: Enhancing patient safety through teamwork training. J. Healthc. Risk Manag., 2001, 21(4), 57–65.
- [13] Bowman, C., Neeman, N., Sehgal, N. L.: Enculturation of unsafe attitudes and behaviors: student perceptions of safety culture. Acad. Med., 2013, 88(6), 802–810.
- [14] Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., et al.: Interdisciplinary communication in the intensive care unit. Br. J. Anaesth., 2007, 98(3), 347–352.
- [15] Belicza, É. (ed.): The standards of inpatient and outpatient care. [A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai.] GYEMSZI, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [16] Sammer, E. C., Lykens, K., Singh, K. P., et al.: What is patient safety culture? A review of the literature. J. Nurs. Scholarsh., 2010, 42(2), 156–165.
- [17] Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., et al.: Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. Qual. Saf. Health Care, 2010, 19(1), 14–21.

(Lám Judit dr.,
Budapest, Kútvolgyi út 2., 1125
e-mail: lam@emk.sote.hu)